

Finanziamento SSN

- Il finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale trova le proprie fonti in:
 1. entrate proprie convenzionali e ricavi delle aziende sanitarie
 2. compartecipazione da parte delle regioni a statuto speciale
 3. [IRAP](#), Imposta Regionale sulle Attività Produttive
 4. [IRPEF](#), Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche
- **Il 97,95% delle risorse stanziato viene dedicato ai [Livelli Essenziali di Assistenza \(LEA\)](#)**, ovvero, i servizi e le prestazioni standard che il Servizio Sanitario Nazionale deve assicurare ad ogni cittadino, in maniera gratuita o compartecipata attraverso le risorse acquisite con il sistema fiscale.
- I LEA sono ridistribuiti a loro volta destinando il:
 1. **5% alla prevenzione verso la collettività ed il singolo**
 2. **45% all'assistenza ospedaliera**
 3. **50% ai distretti presenti sul territorio**

Sistema Pubblico?

- Finanziatore pubblico e privato (36 miliardi oltre il finanziamento del SSN per lo più out of pocket)
- Erogatore misto
- Prevalenza del privato crescente (36 miliardi + 8-10 miliardi outsourcing beni e servizi, circa 10 miliardi ospedalità privata, circa 7 miliardi MMG e PLS, nuovo capitolo degli appalti)
- Trasformazione non governata

Situazione SSN in evoluzione

- **Spesa sanitaria del 2017 ha un'incidenza sul PIL del 6,7% e un incremento dell'1,4% rispetto al 2016.** Questa la previsione contenuta nel Documento di Economia e Finanza 2017 approvato ieri dal Governo e trasmesso oggi alle Camere.
- L'anno prossimo, l'incremento stimato scende invece allo 0,8% e scende anche **l'incidenza sul Pil che si dovrebbe assestare al 6,5%** con una spesa sanitaria pubblica complessiva stimata di 115,068 miliardi di euro.
- Una tendenza che si rispecchierebbe quasi al millesimo anche nel 2019 (spesa totale 116,105 miliardi, con un incremento dello 0,9% **e un'incidenza sul Pil del 6,4%**)
- per poi registrare un'impennata nel 2020, ma solo in termini di crescita della spesa, che salirebbe del 2,1%, per un totale di oltre 118 miliardi, **ma restando comunque inchiodata al 6,4% del Pil**
- C'è la quota in discussione sui nuovi LEA stimata sugli 800 milioni euro (considerata insufficiente)
- La compartecipazione dei cittadini italiani alla spesa sanitaria nazionale (ovvero i ticket da loro pagati) è pari ad un importo di **4.4 miliardi di euro di cui:**
 - **2 miliardi per l'acquisto di farmaci**
 - **755 milioni per i ticket corrisposti per visite ed esami fatti nelle strutture private ma convenzionate con il SSN**
 - **1.5 miliardi per ticket per prestazioni in ambulatori e ospedali pubblici, e per accessi al Pronto Soccorso e visite specialistiche (privato sociale, privato a costi competitivi)**
 - **Questo compreso nei 36 miliardi di euro extra finanziamento**
- **Si va verso una trasformazione poco governata del sistema ove il privato nelle sue varie forme sta crescendo e l'out of pocket viene contrastato dai fondi integrativi, assicurazioni sociali, assicurazioni private etc,**

Fallimento del referendum

- No al tentativo di correzione dell'attuale bicameralismo perfetto che lascerebbe alla sola Camera dei Deputati la competenza legislativa ordinaria e soprattutto quella di dare la fiducia al Governo.
- No a un nuovo Senato (non più elettivo e ridotto nel numero dei suoi componenti) manterrebbe solo alcune residue competenze. E solo nel caso di leggi che riguardano le competenze regionali il voto del Senato sarà obbligatorio.
- No alla limitazione del potere regionale
- No al venir meno della cosiddetta legislazione concorrente tra Stato e Regioni ristabilendo un primato statale nelle decisioni di politica sanitaria
- No alla clausola di "supremazia", per la quale lo Stato può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva qualora "lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale

Riorganizzazione della Rete Ospedaliera

D.M. 53

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera 2015

- **gli ospedali vengono classificati in tre livelli: di base** (bacino di utenza tra 80000 e 150000 abitanti), **di I livello** (150000-300000) e **di II livello** (3000000-1200000), **che devono disporre, in base al livello di appartenenza, di unità operative di complessità e specialità crescente**
- **l'istituzione e il monitoraggio delle “soglie minime” di volumi ed esiti per l'accreditamento e il mantenimento dello stesso da parte delle strutture.**
- **Fissato il rapporto posti letto per abitante, che dovrà essere di 3/1000 e 0,7/1000 per la lungodegenza e riabilitazione.** Non potranno inoltre essere accreditate strutture private con meno di 60 posti letto per acuti, ad eccezione di quelle monospecialistiche che saranno oggetto di valutazione da parte delle singole regioni.

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

- **Il tasso di occupazione dei posti letto così definiti dovrà attestarsi tendenzialmente al 90%, mentre la degenza media dovrà consistere in 7 giorni.** Tasso di ospedalizzazione fissato al 160/1000 (di cui un quarto per day hospital).
- **istituzione di 10 reti focalizzate sulle patologie, con particolare riguardo a 3 reti nelle quali la dimensione “tempo” è determinate: emergenza cardiologia, ictus e traumi**
- **una parte dedicata alla riorganizzazione dell'intero sistema dell'emergenza-urgenza**
- **l'istituzione di Ospedali a gestione infermieristica** che consentano l'erogazione di cure che, pur non richiedendo il ricovero nelle strutture ospedaliere ordinarie, necessitano di un livello assistenziale superiore a quello domiciliare per una varietà di ragioni che impediscano quest'ultimo. **Si tratterebbe di strutture con 15-20 posti letto, facenti capo ai distretti sanitari e gestiti interamente da personale infermieristico**, all'interno delle quali l'assistenza medica verrà assicurata da medici di medicina generale, pediatri o altri medici, secondo criteri definiti al livello regionale.

Criticità

- Adattamento alle differenti realtà regionali
- Specialità/bacini utenza rigidi
- Numero di posti letto x acuti troppo bassa (altre realtà europee numero maggiore) senza in molte realtà una reale alternativa di cura territoriale
- Hub/Spoke= processo graduale per la presenza di numerose realtà intermedie
- Demotivazione classe medica

Legge Mariotti 1968

- **GLI OSPEDALI SONO GENERALI E SPECIALIZZATI, PER LUNGODEGENTI E PER CONVALESCENTI (acuti e cure intermedie).**
- **GLI OSPEDALI GENERALI SI CLASSIFICANO NELLE SEGUENTI CATEGORIE:**
 - **a) OSPEDALI DI ZONA;**
 - **b) OSPEDALI PROVINCIALI;**
 - **c) OSPEDALI REGIONALI**

Legge Mariotti 1968

- **SONO OSPEDALI GENERALI DI ZONA** QUELLI DOTATI DI DISTINTE DIVISIONI DI MEDICINA E CHIRURGIA, ED ALMENO UNA SEZIONE DI PEDIATRIA E DI UNA SEZIONE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA E RELATIVI SERVIZI SPECIALI, NONCHÉ DI POLIAMBULATORI ANCHE PER ALTRE PIÙ COMUNI SPECIALITÀ MEDICOCIRURGICHE. IL PIANO REGIONALE OSPEDALIERO PUÒ PREVEDERE IN QUESTI OSPEDALI, IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE PARTICOLARI DI ALCUNE ZONE, SEZIONI DI ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
- **SONO OSPEDALI GENERALI PROVINCIALI** QUELLI DOTATI DI DISTINTE DIVISIONI DI MEDICINA GENERALE, CHIRURGIA GENERALE, OSTETRICIA E GINECOLOGIA, PEDIATRIA, ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA; DI DISTINTE DIVISIONI O ALMENO SEZIONI DI OCULISTICA, OTORINOLARINGOIATRIA, UROLOGIA, NEUROLOGIA, DERMOSIFILOPATIA, ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA, MALATTIE INFETTIVE, GERIATRIA E PER AMMALATI LUNGO DEGENTI, SALVO CHE AD ALCUNE DI DETTE SPECIALITÀ NON PROVVEDANO OSPEDALI SPECIALIZZATI VICINIORI. GLI OSPEDALI GENERALI PROVINCIALI DEVONO INOLTRE ESSERE DOTATI DI DISTINTI SERVIZI DI: RADIOLOGIA E FISIOTERAPIA; ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA; ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA; ANESTESIA E RIANIMAZIONE CON LETTI DI DEGENZA; FARMACIA INTERNA.

Legge Mariotti 1968

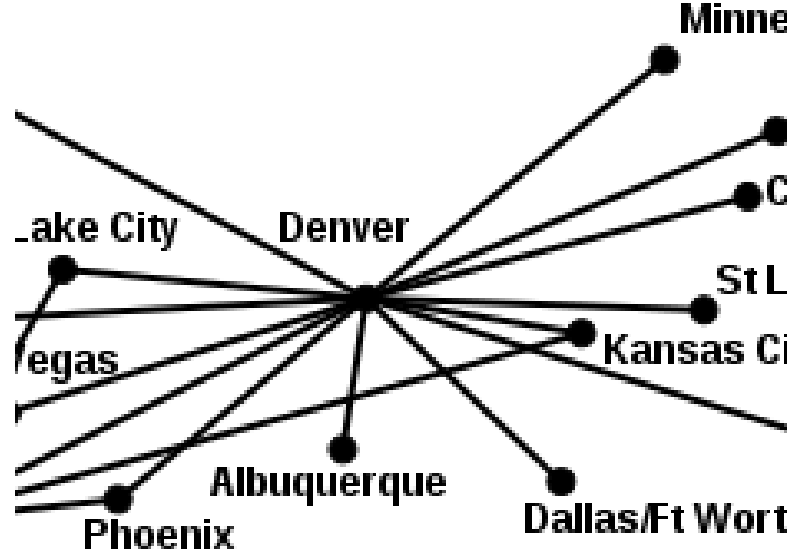
- **GLI OSPEDALI REGIONALI, CHE DEVONO SERVIRE UNA POPOLAZIONE DI ALMENO UN MILIONE DI ABITANTI**, SONO QUELLI CHE, PER L'ORGANIZZAZIONE TECNICA, PER LA DOTAZIONE STRUMENTALE DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA E PER LE PRESTAZIONI CHE SONO IN GRADO DI ASSICURARE, OPERANO PREVALENTEMENTE CON CARATTERISTICHE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE.
- ESSI, OLTRE A POSSEDERE LE UNITÀ DI RICOVERO E CURA E I SERVIZI PREVISTI PER GLI OSPEDALI PROVINCIALI, **DOVRANNO ANCHE DISPORRE DI ALMENO TRE DIVISIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE MEDICA O CHIRURGICA, QUALI CARDIOLOGIA, EMATOLOGIA, CARDIOCHIRURGICA, NEUROCHIRURGIA, CHIRURGIA PLASTICA, CHIRURGIA TORACICA O ALTRE SPECIALIZZAZIONI** RICONOSCIUTE DAL MINISTERO DELLA SANITÀ, SECONDO LE INDICAZIONI CONTENUTE NEL PIANO REGIONALE OSPEDALIERO.
- INOLTRE GLI OSPEDALI REGIONALI DEVONO POSSEDERE DISTINTI SERVIZI DI VIROLOGIA, DI PRELEVAMENTO E CONSERVAZIONE DI PARTI DI CADAVERE, DI MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI SOCIALI; ATTREZZATURE IDONEE A COLLABORARE NELLA RICERCA SCIENTIFICA ED A CONTRIBUIRE ALLA PREPARAZIONE PROFESSIONALE E ALL'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE MEDICO NONCHÉ SCUOLE PER L'ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE AUSILIARIO E TECNICO.
- **OGNI REGIONE DEVE AVERE ALMENO UN OSPEDALE REGIONALE**
- **IL PIANO NAZIONALE OSPEDALI STABILISCE LA DOTAZIONE DI POSTI LETTO IN RAPPORTO AGLI ABITANTI**
- **IL PIANO OSPEDALI REGIONALE PREVEDE L'ESISTENZA DI ALMENO UN OSPEDALE DI ZONA CHE SIA IN GRADO DI SERVIRE UNA POPOLAZIONE DA VENTICINQUEMILA FINO A CINQUANTAMILA ABITANTI; DI ALMENO UN OSPEDALE PROVINCIALE CHE SIA IN GRADO DI SERVIRE UNA POPOLAZIONE FINO A QUATTROCENTOMILA ABITANTI E DI ALMENO UN OSPEDALE REGIONALE PER OGNI REGIONE.**

Legge Mariotti 1968

- **LA RETTA GIORNALIERA DI DEGENZA** DEVE COMPRENDERE TUTTE LE SPESE SOSTENUTE DALL'ENTE PER LA RETRIBUZIONE DEL DIPENDENTE PERSONALE, PER LA DIAGNOSI, LA CURA ED IL MANTENIMENTO DEGLI INFERMI, QUELLE NECESSARIE PER ASSOLVERE I COMPITI PREVISTI DAGLI ARTICOLI 2, PRIMO E SECONDO COMMA, E 47 DELLA PRESENTE LEGGE, NONCHÉ OGNI ALTRA SPESA CHE CONCORRA A FORMARE IL COSTO COMPLESSIVO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA.
- NELLA RETTA DEVONO ESSERE COMPRESI, ALTRESÌ, LE SPESE A CARICO DELL'ENTE OSPEDALIERO ISCRITTE NEL BILANCIO DELL'ANNO CUI SI RIFERISCONO LE SPEDALITÀ, **PER L'AMMORTAMENTO, IL RINNOVO E L'AMMODERNAMENTO DELLE ATTREZZATURE OSPEDALIERE PER UNA QUOTA NON SUPERIORE COMPLESSIVAMENTE AL QUATTRO PER CENTO DELLA RETTA DETERMINATA A NORMA DEI PRECEDENTI COMMI**
- **IN OGNI PROVINCIA È ISTITUITO UN COMITATO PROVINCIALE DI COORDINAMENTO** NOMINATO E PRESIEDUTO DAL MEDICO PROVINCIALE E COMPOSTO DAI PRESIDENTI DEI CONSIGLI DI AMMINISTRAZIONE E DA UN RAPPRESENTANTE DI OGNI CONSIGLIO DI SANITARI DEGLI ENTI OSPEDALIERI OPERANTI NELLA PROVINCIA, OLTRE CHE, OVE ESISTA, DA UN RAPPRESENTANTE DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA DELLA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI.
- **IL COMITATO HA IL COMPITO DI COORDINARE L'ATTIVITÀ OSPEDALIERA NELL'AMBITO DELLA PROVINCIA IN RELAZIONE ANCHE ALLE ATTIVITÀ IN ESSA ESERCITATE DAGLI ALTRI PRESIDI SANITARI (RETE E HUB/SPOKE)**

Hub/Spoke

- Mutuato dalla riorganizzazione dell'aviazione civile
- Hub: concentra i voli internazionali e nazionali di maggior interesse (intensità operativa e volumi operativi)
- Spoke: si raccorda principalmente con gli Hub aumentando la frequenza dei collegamenti con altri spoke diminuendo i voli diretti spoke/spoke
- Economie di scala, aumento possibilità di raggiungimento luoghi, organizzazioni più efficienti



Hub/Spoke aviazione civile

hub and spoke si intende un modello di sviluppo della rete delle compagnie aeree costituito da uno scalo dove si concentrano la maggior parte dei voli. Solitamente questo scalo è anche la base (o una delle basi) di armamento della linea aerea.

Concentrando i collegamenti su un *"hub"*, il risultato è **una capacità di fornire più frequenze tra due [aeroporti](#) "spokes", il cui flusso di traffico, invece di risolversi con voli diretti, viene convogliato sull'hub.**

Ad esempio, a parità di flusso di traffico tra due aeroporti "spokes" ([Catania](#) e [Venezia](#) ad esempio), il convogliare traffico su un hub (come può essere [Roma](#) ad esempio) permette, a parità di flusso, di **realizzare più collegamenti in uno stesso periodo di tempo** (più frequenze giornaliere).

Interlining come fattore fondamentale

Hub/Spoke ricadute organizzative

- Reti ospedaliere secondo intensità di cura ?
- **Riorganizzazione secondo volumi di attività ?**
- **Accorpamento unità chirurgiche ove si muove il paziente ma anche l'operatore?**
- Urgenze secondo la riorganizzazione delle reti ospedaliere (paziente giusto nel posto giusto)?
- Reti con sistemi bidirezionali?
- Intensità di cura anche per le attività invasive in primis quelle chirurgiche e rianimatorie?
- Concentrare l'innovazione secondo la stratificazione per intensità di cura della rete ospedaliera?

Riforme Regionali

Il problema della Cronicità

Riforme regionali

- Le regioni tendono a centralizzare il management (holding o aggregazione asl/usl)
- Tendono a centralizzare gli acquisti (centrali uniche o per aree vaste)
- Tendono ad integrare ospedali e territorio
- Tendono ad investire più sul territorio e meno sugli ospedali soprattutto per la gestione della cronicità (medicina di iniziativa)
- Tendono moderatamente a diminuire numero e servizi ospedalieri ed organizzarli per intensità di cura (hub/spoke)
- Tendono a contenere la spesa per beni e servizi e farmaceutica

E il governo?

- Il governo tende a diminuire il finanziamento pubblico in rapporto al PIL (dal 6,7 al 6,4 nel 2019)
- Prova a centralizzare le scelte principali (DM 70)
- Tende a colpire l'inappropriatezza (DM sull'appropriatezza)
- Tende subdolamente a favorire la crescita di un terzo pagante privato o mutualistico (fondi, assicurazioni sociali etc.) andando verso un sistema misto
- Tende a scaricare sulle regioni la responsabilità dei tagli
- Vincola una parte degli stanziamenti all'innovazione (500 milioni oncologici, 320 milioni epatite C, piano nazionale vaccini)
- Si impegna a far decollare la digitalizzazione in sanità (ma Fasc.Samn. al palo e non ottempera alla direttiva UE sul Patient Summary e Trasmissione di immagini..)

Medicina Territoriale

Distretto Sanitario

- Il Distretto Sanitario, o "distretto socio sanitario" è la struttura territoriale dell'[Azienda sanitaria locale](#) deputata all'erogazione delle cure primarie attraverso i MMG e i PL e la gestione a livello locale delle domande di prestazioni specialistiche e di diagnostica, nonché delle domande di prestazioni ospedaliere in regime ambulatoriale e di ricovero.
- Il Distretto svolge quindi un ruolo chiave anche per allargare o restringere l'offerta di servizi e per integrare le esigenze dei diversi soggetti che concorrono alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e delle disabilità, ai servizi sociali e socio-sanitari.
- **Tutte le regioni puntano ad il potenziamento delle attività territoriali per la gestione della cronicità con la recente riforma della MMG con gli ambulatori associati e apertura h 16**

Riforma Lombardia

- **Confermate libera scelta e presa in carico del paziente con pagamento a prestazione per pubblico/privato**, principi cardine del 'Libro Bianco' elaborato con il coinvolgimento di tutti coloro che lavorano all'interno del sistema: medici, infermieri e tutte le professioni sanitarie, cittadini, non profit, volontariato.
- **Sarà migliorata l'integrazione tra Sanità e Sociale attraverso l'attivazione di un Assessorato unico al Welfare e la realizzazione delle Aziende socio-sanitarie territoriali (ASST)**. Contemporaneamente sarà migliorata anche l'assistenza per malati cronici, anziani e disabili con l'evoluzione dell'esperienza CREG
- **Le vecchie Aziende Ospedaliere si trasformano nelle nuove Aziende socio-sanitarie territoriali (ASST), che faranno anche assistenza sul territorio insieme alle cooperative dei MMG e ospedali privati (enti gestori ed erogatori con centri servizi)**.
- Non ci sarà nessuna chiusura e nessun declassamento di ospedali. Con la nuova strutturazione sono previsti due settori aziendali veri e propri: l'ospedale e il sociale, uno condotto dal direttore sanitario e l'altro condotto dal direttore socio-sanitario.

Riforma Lombardia

- Viene **creata l'Agenzia di Controllo della qualità e della spesa, composta da esperti indipendenti.**
Vengono separate programmazione e gestione.
- **La legge prevede il dimezzamento delle ASL (da 15 a 8) e l'utilizzo di ARCA (Agenzia Regionale Centrale Acquisti) come centrale unica acquisti per gli appalti.**
- L'integrazione parte dalle aziende ospedaliere che da controllati diventano controllori e gestori
- La programmazione è affidata ad aree vaste dette ATS con compito di programmazione

veneto

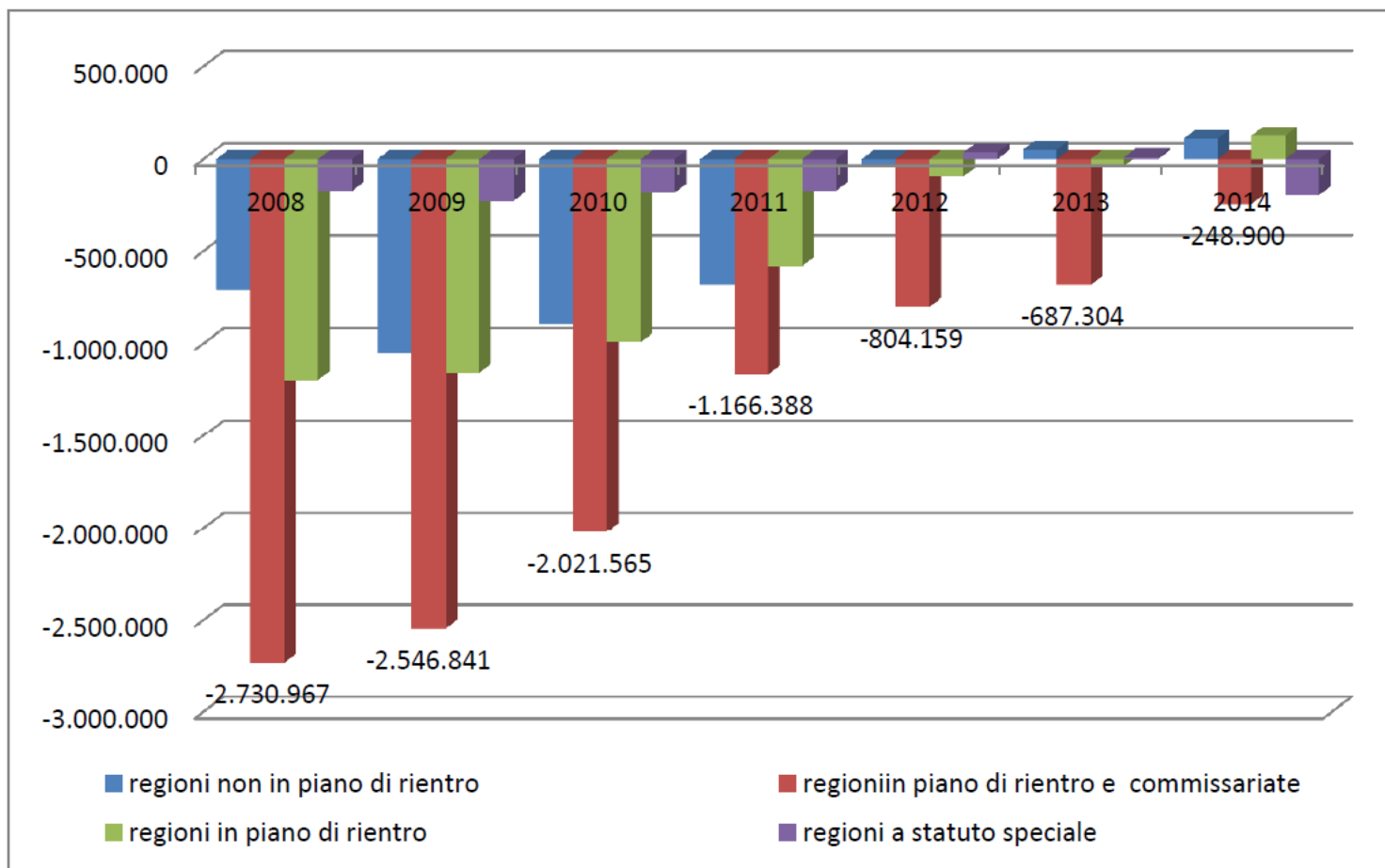
- L'obiettivo è «unificare e centralizzare in mano a un solo soggetto le funzioni di programmazione, attuazione sanitaria e socio-sanitaria, coordinamento, governance e gestione tecnico-amministrativa ». In pratica: economia di scala. **L "Azienda Zero istituita in Regione quindi, secondo la proposta di legge, si occuperà di programmare la sanità veneta (anche dal punto di vista delle risorse finanziarie), affidare gli obiettivi:**
 1. alle singole Ulss,
 2. gestire gli acquisti, il personale e anche la sua formazione,
 3. le tecnologie,
 4. l'accreditamento delle strutture private, il monitoraggio dei costi standard, le relazioni con il pubblico,
 5. i sistemi informativi e di auditing,
 6. l'ufficio legale,
 7. gli indirizzi di gestione contabile dei bilanci delle singole Ulss,
 8. la gestione accentrata di fondi sanitari (Gsa) che già oggi è in capo a Venezia.
- **STRUTTURA. L'Azienda Zero** avrà un suo direttore generale con il suo staff, un collegio sindacale e un "Comitato di indirizzo" che sarà nominato dalla Giunta regionale: cinque persone «di specchiata onorabilità» del mondo socio- sanitario. E prenderà «personale in mobilità della Regione, delle Ulss e anche di altri enti»
- **L'Azienda Zero avrà sotto di se solo sette Ulss**, una per . La dimensione territoriale delle attuali province è infatti «parsa quella ottimale».

Complessivamente si evidenzia che continua il trend in diminuzione del disavanzo, prima delle coperture, anche per l'anno 2014. L'effetto positivo prosegue nelle Regioni in piano di rientro (sia commissariate che non commissariate) dove di passa da un disavanzo complessivo di circa 200 mil. di euro nel 2013 a circa 100 mil. di euro nel 2014.

Come visto nella fig 5 diminuiscono anche i finanziamenti a carico del bilancio regionale si rileva, pertanto, a livello nazionale:

- senza le coperture una perdita di circa 200 milioni di euro (riduzione di circa il 67% rispetto al 2013);
- considerando invece le coperture a carico del bilancio regionale un utile di esercizio di circa 600 mil. di euro.

Figura 10 - Risultato di gestione



Fonte: elaborazione Agenas su dati modelli Ce consuntivi 2008-2014 (NSIS)

I CONTI DELLE REGIONI

I risultati degli ultimi rendiconti approvati dalla Corte dei conti

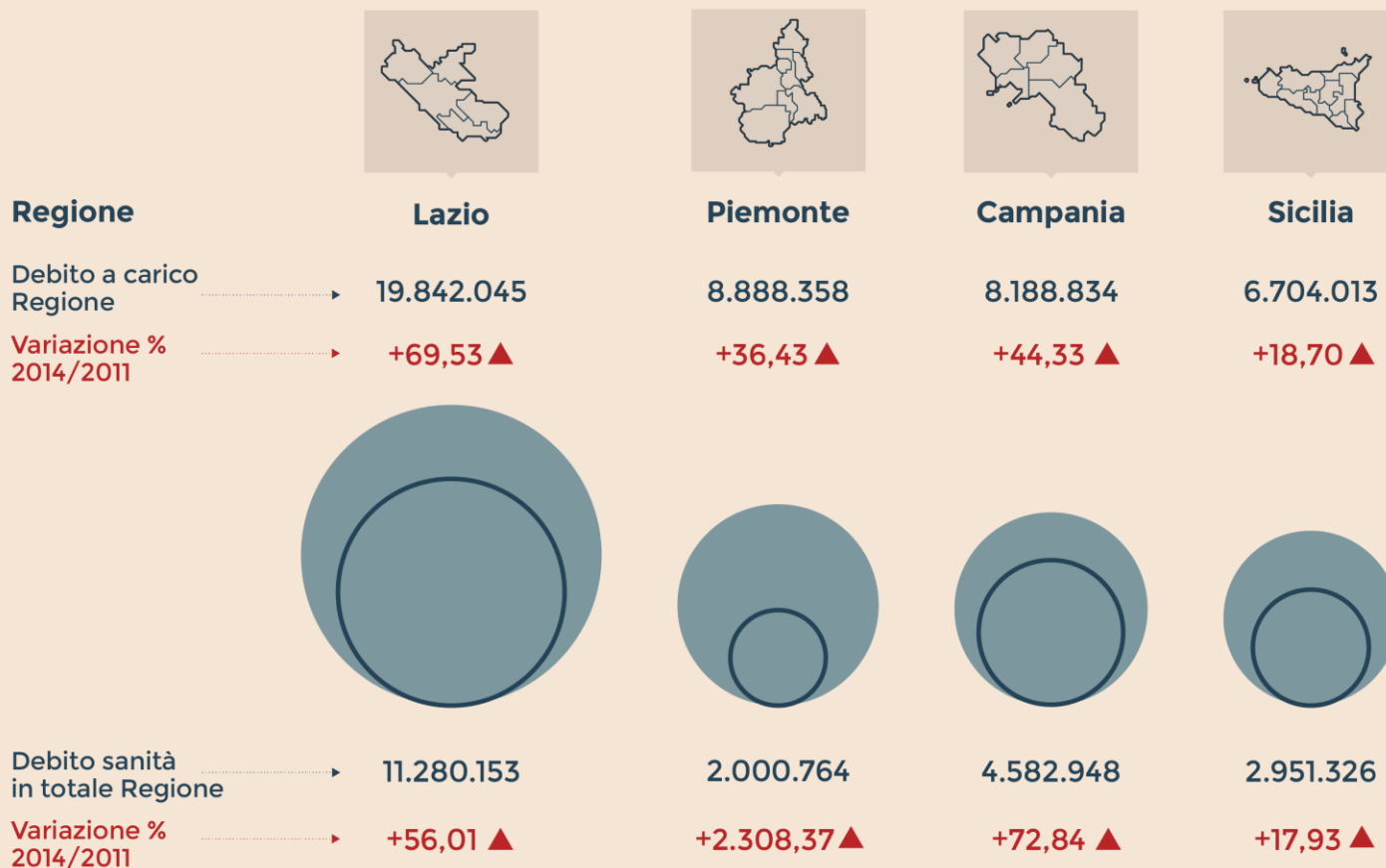
AVANZO TOTALE
+2.439,9 mln euro
PER ABITANTE
-579,4 euro

DISAVANZO TOTALE
-32.930,4 mln euro
PER ABITANTE
+615,8 euro

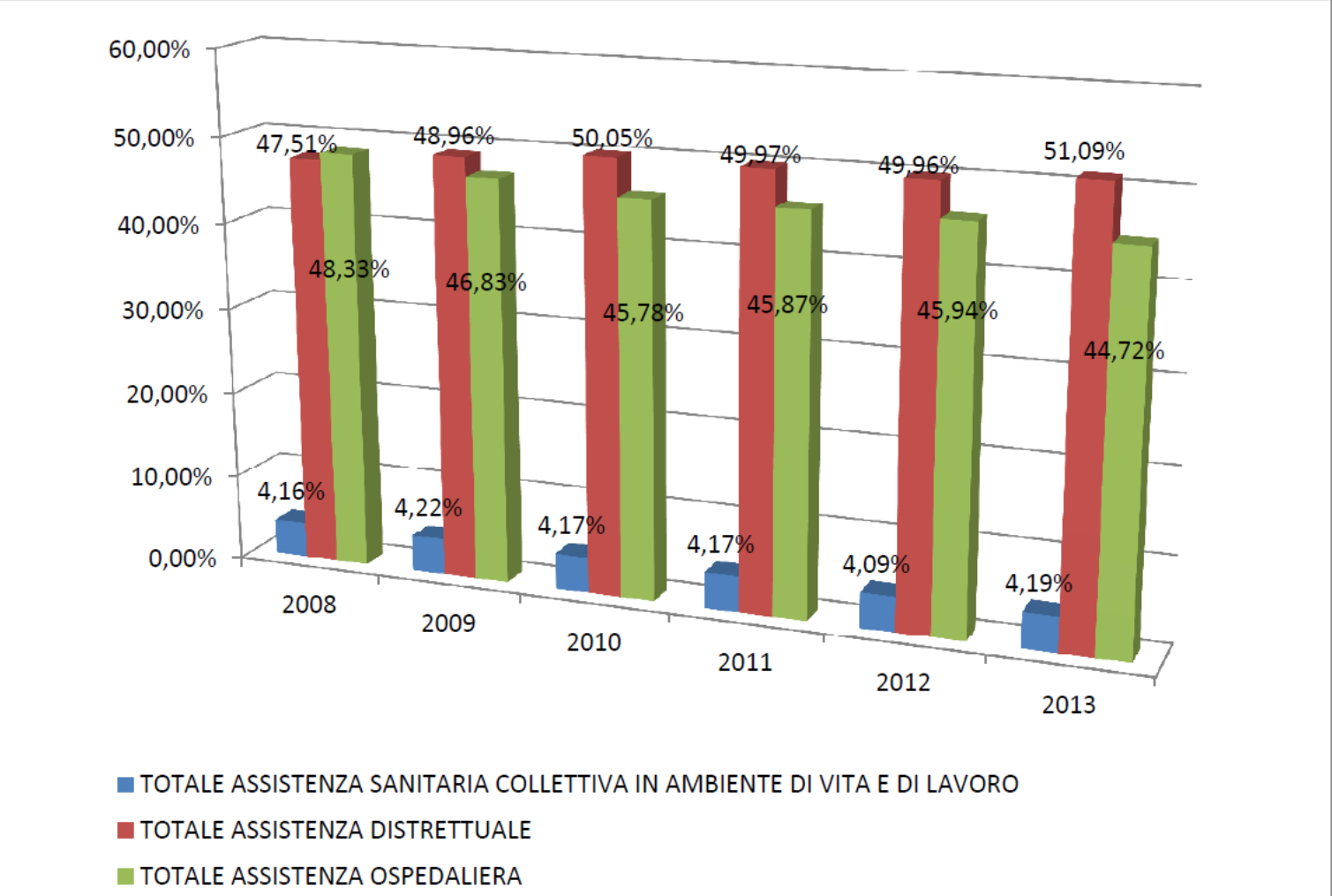


INDEBITAMENTO CON ONERI A CARICO DELLE REGIONI

Importi in migliaia di euro di alcune delle Regioni più esposte



La spesa per livelli di assistenza evidenzia un disallineamento rispetto alle soglie fissate per il riparto del finanziamento (5% alla prevenzione; 51% all'assistenza distrettuale; 44% all'assistenza ospedaliera), ma si evidenzia una contrazione della spesa ospedaliera, che passa dal 48,33% del 2008 al 44,72% del 2013



Classifica LEA 2015:31 indicatori raggruppati in tre grandi aree: assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro assistenza sul territorio e assistenza ospedaliera. E cioè: liste d'attesa, ricoveri, prestazioni inappropriate, farmaci e dispositivi medici, specialistica, assistenza gli anziani, cure domiciliari, consultori, tutela degli alimenti, vaccinazioni, screening, sanità veterinaria

La classifica Lea



Punteggio 2013		Rango	Punteggio 2014	
Toscana	214	1°	Toscana	217
Emilia Romagna	204	2°	Emilia Romagna	204
Piemonte	201	3°	Piemonte	194
Marche	191	4°	Liguria	194
Veneto	190	5°	Lombardia	193
Liguria	187	6°	Marche	192
Lombardia	187	7°	Veneto	189
Umbria	179	8°	Basilicata	177
Sicilia	165	9°	Sicilia	170
Abruzzo	152	10°	Umbria	165
Lazio	152	11°	Abruzzo	163
Basilicata	146	12°	Puglia	161
Molise	140	13°	Lazio	154
Calabria	135	14°	Molise	148
Puglia	134	15°	Campania	139
Campania	127	16°	Calabria	131

Rapporto OASI 2015-CREA 2016

- Il **"75% delle attrezzature del sistema sanitario nazionale ha esaurito il proprio ciclo economico (ammortamento concluso) e tecnologico, ma non essendoci denaro per gli investimenti continua a essere utilizzato"**. e/o sottoutilizzato, perché, oltretutto, i macchinari sono troppo capillarmente distribuiti tra i presidi ospedalieri e finiscono per rimanere spenti troppo a lungo.
- **In Italia il 40% delle visite specialistiche sono pagate direttamente dai cittadini, così come il 49% delle prestazioni di riabilitazione e il 23% degli accertamenti diagnostici (30 miliardi).**
- La vera sfida del sistema è una riorganizzazione che gli consenta di fare fronte al cambiamento del quadro epidemiologico, il cui aspetto più dirompente è la **crescita della cronicità**
- **Tuttavia gli interventi messi campo sono di tipo istituzionale e mirano a rivedere i perimetri aziendali piuttosto che a riprogettare i servizi.** Dal 2001 al 2015 il numero di aziende è passato da 330 a 244 (-26%) e altre aggregazioni sono in vista, mentre la geografia dei servizi e i processi produttivi del settore si trasformano a un ritmo molto più lento.

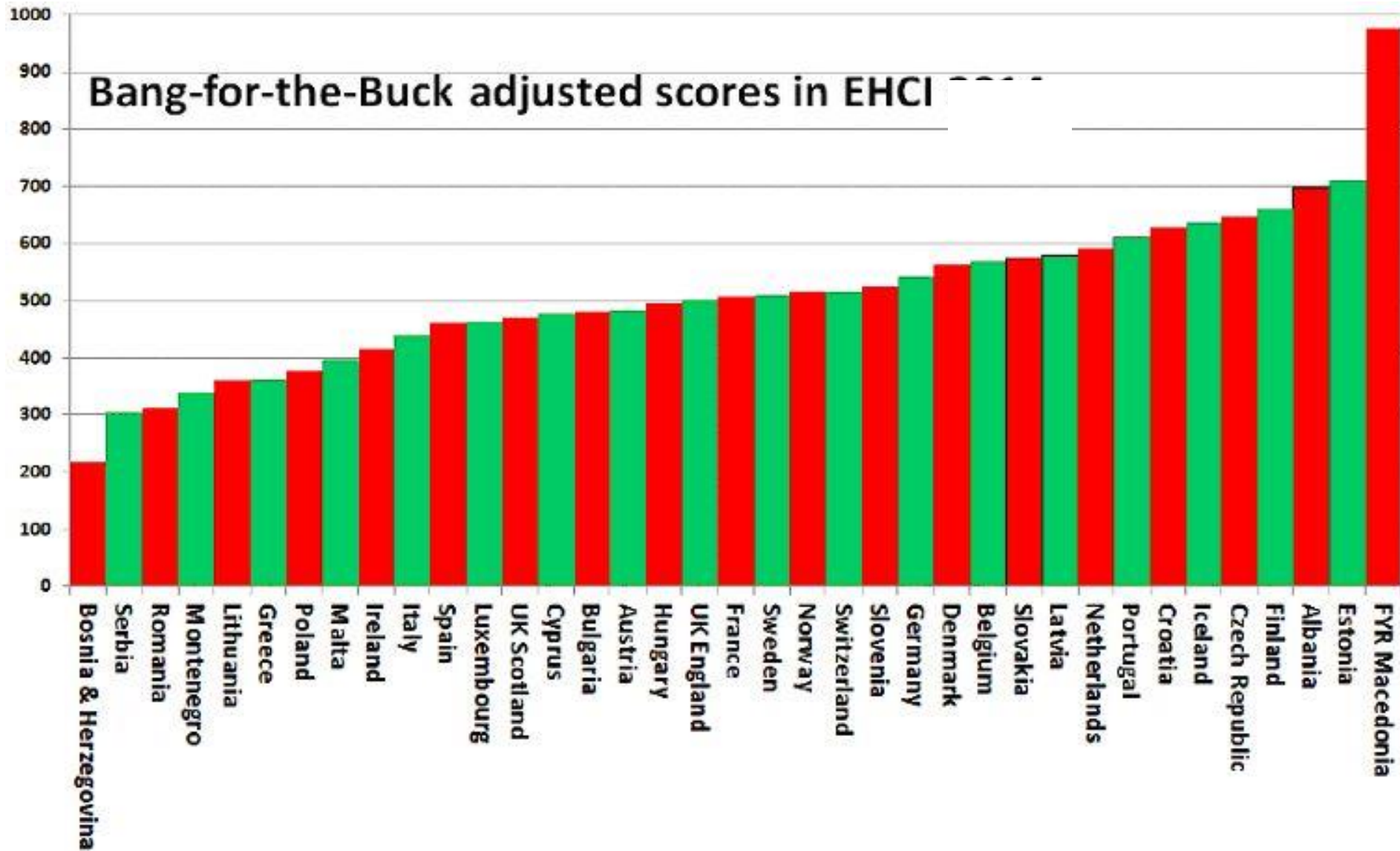
Situazione economica e collocazione internazionale

Il punto di vista dei pazienti

EHCI 2016

- Il 27 Gennaio scorso è stato pubblicato l'Euro Health Consumer Index (EHCI) 2016, il 10° studio realizzato dalla società svedese Health Consumer Powerhouse (HCP), che dal 2005 mette a confronto le performance dei sistemi sanitari europei, partendo dal punto di vista del paziente/consumatore.
- Scopo di questo **processo di *benchmarking*** è mettere a **disposizione dei diversi Paesi gli strumenti per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria offerta**, così da migliorare, in ultima analisi, la salute delle popolazioni, fornendo agli utenti, da cui deve necessariamente provenire la spinta ad attuare le necessarie riforme, il modo per poter agevolmente accedere alle informazioni circa le politiche sanitarie, la qualità dei servizi erogati e i risultati in termini di salute dei sistemi sanitari dei diversi Paesi Europei.

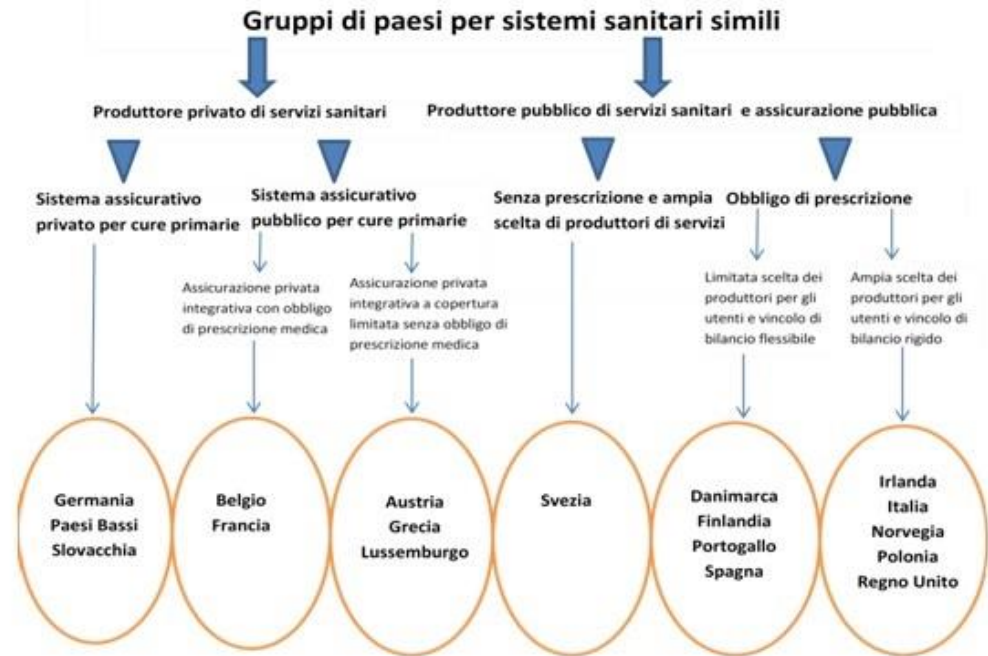
Figura 1. Classifica aggiustata per costo/beneficio



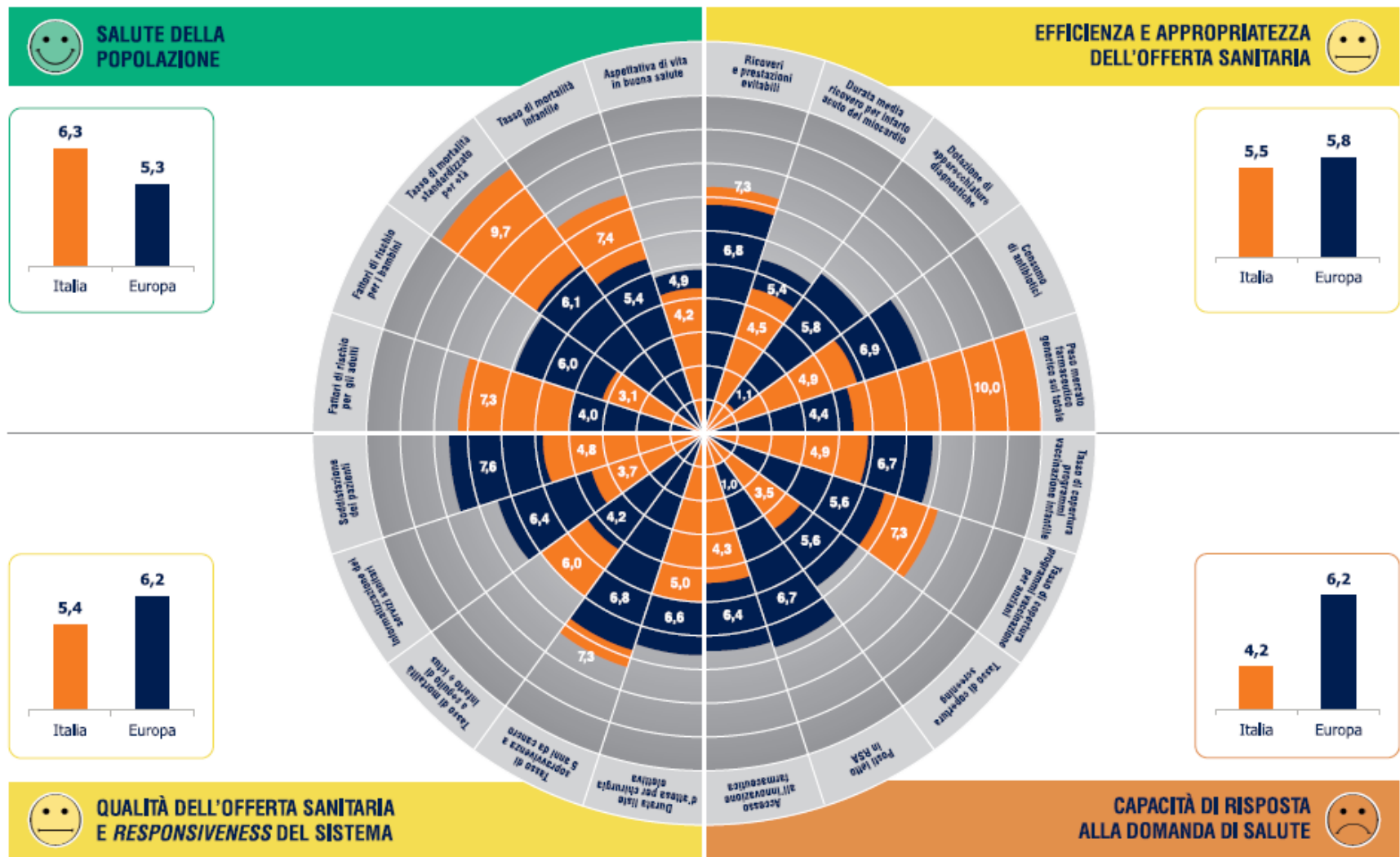
La posizione dell'Italia

- Nell'area "Risultati di salute", il punteggio ottenuto dall'Italia corrisponde al punteggio medio dei 37 Paesi valutati: 167. Un buon punteggio è stato ottenuto nell'area "**Prevenzione**" (95 vs 83); il punteggio conseguito nell'area "**Diritti e Informazione dei pazienti**", 104, è appena sotto la media (106). Decisamente inferiori alla media, invece, i punteggi totalizzati nelle aree "**Accessibilità- tempi di attesa**" (138 vs 150), "**Gamma e accessibilità dei servizi offerti**" (88 vs 102) e "**Prodotti farmaceutici**" (57 vs 65).
- Per quanto riguarda Spagna e Italia, rispettivamente al 19° e al 22° posto della graduatoria, è **evidenziata l'importanza sempre maggiore del settore privato, a complemento, per quanti se lo possono permettere, dei servizi offerti dalla Sanità Pubblica**, e viene ribadito (già era stato fatto presente nelle precedenti edizioni) come **la qualità dell'assistenza sia fortemente distribuita a macchia di leopardo**. Il punteggio intermedio ottenuto in molti ambiti dai sistemi sanitari, sia in Italia che in Spagna, deriva infatti dalla **media tra punteggi molto elevati conseguiti in alcune regioni e risultati insufficienti ottenuti in altre**.

- I paesi europei forniscono, in generale, garanzie di copertura delle cure primarie accessibili alla totalità dei cittadini
- Il grado di contribuzione 'di tasca propria' da parte del privato è piuttosto variabile, come anche le modalità di finanziamento della spesa pubblica
- Possono gravare sulla fiscalità generale o essere coperte attraverso forme assicurative obbligatorie o volontarie, a carattere universale o riservate ai soli lavoratori

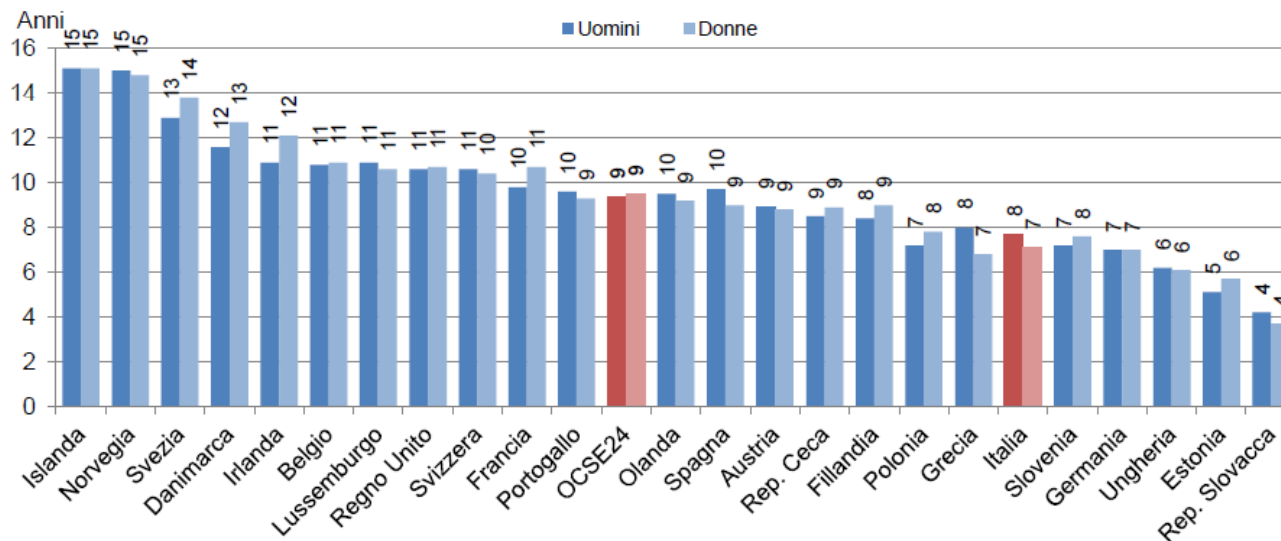


Fonte: Ocse 2010



Nota: la figura è rappresentata la performance dell'Italia rispetto alla media europea in 20 Key Performance Indicator (KPI) utilizzati nelle 4 aree di analisi. Ad ogni KPI è stato assegnato un punteggio che ne esprime la performance (1= minimo; 10= massimo). La metodologia di dettaglio del Meridiano Sanità Index è contenuta nel Rapporto Meridiano Sanità 2014.

Aspettativa di vita in buona salute all'età di 65 anni, paesi Europei, 2013



Nota: I paesi sono disposti in ordine decrescente di aspettativa di vita in buona salute dell'intera popolazione
 Fonte: Eurostat Database 2015.

Saldo Mobilità anni 2008-2014

PIEMONTE	-6.622	2.344	7.166	7.412	6.509	-7.508	-26.186
VALLE D'AOSTA	-18.415	-16.189	-11.205	-15.727	-12.816	-10.752	-9.647
LOMBARDIA	420.547	461.011	464.268	433.028	457.499	555.183	533.960
P. A. BOLZANO	4.987	9.087	6.668	1.665	3.597	10.629	18.217
P.A. TRENTO	-19.178	-17.400	-13.619	-15.438	-15.992	-15.488	-16.830
VENETO	104.612	79.705	84.635	93.741	95.180	75.790	75.357
FRIULI VENEZIA GIULIA	7.834	15.100	28.470	31.914	30.467	30.076	33.444
LIGURIA	1.618	-28.797	-37.866	-40.029	-43.967	-56.743	-51.770
EMILIA ROMAGNA	344.159	367.316	366.754	376.985	358.525	336.690	327.978
TOSCANA	107.011	100.731	99.435	121.082	131.927	132.294	151.214
UMBRIA	777	-2.946	9.722	9.886	2.649	9.411	3.295
MARCHE	-44.491	-46.099	-32.507	-19.644	-22.472	-33.677	-46.146
LAZIO	-62.869	-108.361	-99.562	-55.149	-118.979	-199.100	-201.575
ABRUZZO	-6.334	-34.647	-71.692	-124.377	-101.407	-69.559	-70.715
MOLISE	36.328	36.353	28.196	37.548	35.839	30.109	25.722
CAMPANIA	-313.066	-318.434	-308.213	-331.542	-299.132	-310.810	-270.403
PUGLIA	-222.316	-103.002	-139.981	-177.009	-171.737	-180.058	-187.265
BASILICATA	-30.188	-37.429	-40.348	-33.211	-19.140	-19.111	-38.796
CALABRIA	-224.172	-239.292	-257.493	-233.992	-250.009	-251.654	-251.687
SICILIA	-209.720	-224.162	-203.788	-208.590	-203.844	-188.774	-161.682
SARDEGNA	-70.476	-74.401	-67.050	-50.956	-64.796	-68.787	-70.564

Governo dell'Innovazione

EMA-AIFA-Regioni

AIFA

- Vecchi logaritmi mai entrati in uso
- Trattativa secretata utile a contrattazione per miglior prezzo
- Innovatività oggi legata al sistema GRADE
- Registri AIFA non utilizzati appieno
- Importanza crescente dei Big Data e Real Word Evidence

GRADE

- Il nuovo approccio propone un metodo più simile a quanto viene già fatto in altri prestigiosi enti di Health Technology Assessment europei (Francia)
- Nel nuovo documento vengono inizialmente individuate le dimensioni di cui bisognerà tener conto prima di arrivare al giudizio finale:
 1. **il bisogno terapeutico;**
 2. **il valore terapeutico aggiunto;**
 3. **la qualità delle prove.**
- **Ognuno di questi temi viene poi declinato rispettivamente in 5 (i primi due) o in quattro (l'ultimo) categorie.** Si va dal massimo fino ad assente passando per importante, moderato, scarso. Per ognuno di queste categorie sono descritte condizioni ed elementi specifici che guideranno il giudizio per ogni nuovo farmaco.
- Il risultato finale della valutazione sul bisogno terapeutico, il valore terapeutico aggiunto e la qualità delle prove porterà al giudizio di innovatività che sarà formulato in base al profilo derivante dall'insieme delle valutazioni dei suddetti parametri.
- Potranno essere considerati innovativi i farmaci ai quali siano stati riconosciuti un bisogno terapeutico e un valore terapeutico aggiunto entrambi di livello massimo o importante, ed una qualità delle prove alta.
- L'innovatività non potrà invece essere riconosciuta in presenza di un bisogno terapeutico e/o di un valore terapeutico aggiunto giudicati come scarso o assente, oppure di una qualità delle prove giudicata bassa o molto bassa.
- **Situazioni intermedie saranno valutate caso per caso, tenendo conto del peso relativo dei singoli elementi considerati.**

Big Data

- In un rapporto consegnato al Congresso degli Stati Uniti nell'agosto del 2012, si parla di Big data come **di grandi volumi di dati ad alta velocità, complessità e variabilità che richiedono tecniche e tecnologie avanzate per raccolta, immagazzinamento, distribuzione, gestione e analisi dell'informazione**
- La speranza è che questa grande quantità di dati, una volta interpretati, possa implementare tutta una serie di attività, dal miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria con concomitante riduzione dei costi, al supporto delle decisioni cliniche, sorveglianza delle malattie, e gestione della salute pubblica
- Mc Kinsey pathways con i big data
- **1) Il giusto modo di vivere**
2) La giusta cura
3) Il giusto e migliore provider nelle cure
4) Il giusto equilibrio tra sostenibilità delle cure e loro qualità
5) La giusta innovazione
- **Le aziende farmaceutiche sono molto interessate all'uso dei big data per provare la reale efficacia di farmaci sui quali alcuni paesi discutono sul reale impatto nella salute dei cittadini (real word impact), o per valorizzare meglio l'elemento innovativo delle nuove terapie messe in commercio previa discussione con gli enti regolatori adibiti. Ciò permetterebbe di passare dal concetto di Market Access ad un concetto di Patient Access valorizzando il paziente al di là dell'aspetto economico**
- **Watson e Intelligenza artificiale**

Tavolo istituzionale ABSSSI

- Incidenza absssi nelle specifiche realtà
- Variazioni in rapporto alla logistica (città, zona extra cittadina)
- Come vengono curate le absssi (modalità, rapporto ospedale e medicina territoriale, etc.)
- Presenza o assenza PDTA specifici
- Politica del farmaco nei confronti dell'antibioticoterapia a vari livelli